

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК сестринского дела**

**ЗНАЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ  
ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Дипломная работа студента**

**очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051502  
Бронникова Андрея Станиславовича**

Научный руководитель:  
преподаватель  
Коровянская С.И.

Рецензент: врач – хирург,  
ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода»,  
поликлиническое отделение №1  
Красюков Ю.В.

БЕЛГОРОД 2019

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДСЕСТРЫ ПРИ РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ .....	7
1.1. Общая характеристика мочекаменной болезни.....	7
1.2. Клиника, диагностика, лечение, профилактика мочекаменной болезни .....	10
1.3. Проблемы пациентов с мочекаменной болезнью .....	16
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ЗНАЧИМОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	25
2.1. Материалы и методы исследования.....	25
2.2. Анализ результатов собственного исследования .....	28
2.3. Рекомендации медицинским работникам, участвующим в организации профилактики мочекаменной болезни .....	37
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	39
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	41
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	43

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** С наступлением XXI в. мочекаменная болезнь продолжает оставаться актуальной проблемой современной медицины, поскольку имеет широкое распространение во всем мире и занимает ведущее место в структуре хирургических болезней органов мочевыделительной системы. В подавляющем большинстве случаев уролитиаз осложняется вторичным пиелонефритом, характеризующимся длительным латентным периодом, склонностью к быстрому рецидивированию и развитию почечной недостаточности. Среди общего спектра причин инвалидности в урологической практике заболеваемость мочекаменной болезнью занимает третье место, причем 82% инвалидов – люди трудоспособного возраста. Хорошо известен факт, что камни почек имеют отчетливую тенденцию к рецидивированию в 50% случаев на протяжении 10 лет от момента появления первого эпизода заболевания [12, с.45].

Уролитиаз широко распространен во всем мире. В развивающихся странах он имеет эндемичный характер, заболеваемость составляет от 5 до 15%, болезнь выявляется уже на первом году жизни, в развитых странах заболеваемость находится в пределах 1–5% [16, с.34].

В связи с вышеизложенным, данная тема не оставляет сомнений в своей актуальности.

**Цель исследования:** изучение основных аспектов значимости роли медсестры в решении проблем пациента с мочекаменной болезнью.

**Задачи:**

- представить общую характеристику мочекаменной болезни;
- клиника, диагностика, лечение, профилактика мочекаменной болезни;
- проблемы пациентов с мочекаменной болезнью;
- провести исследование значимости сестринской деятельности в решении проблем пациентов с мочекаменной болезнью;
- проанализировать результаты исследования;

– сделать выводы и предложить рекомендации по результатам исследования.

**Объект исследования:** сестринская деятельность при уходе за пациентом с мочекаменной болезнью.

**Предмет исследования:** особенности сестринского ухода при решении проблем пациента с мочекаменной болезнью.

**Методы исследования:** теоретический анализ источников литературы по теме исследования, синтез, обобщение, классификация, графическое отображение, анкетирование, систематизация данных.

**Гипотеза:** пациенты обращаются к немедицинским источникам относительно своих заболеваний, и в связи с этим испытывают недостаток качественных медицинских рекомендаций по лечению и реабилитации при мочекаменной болезни.

**Теоретическая значимость исследования** заключается в обобщении и систематизации знаний и сведений по тематике исследования.

**Практическая значимость исследования** состоит в разработке практических рекомендаций для медицинских сестёр и их деятельности с целью повышения качества ухода за пациентами.

**База исследования:** ОГБУЗ «Городская клиническая больница №2 города Белгорода».

**Время исследования:** 20.04.2019 - 16.05.2019 г.

**Структура исследования** обусловлена его целью и задачами, и включает введение, две главы, разбитые на 6 параграфов, заключение, список использованных источников, приложений.

В первой главе исследования проведен теоретический анализ литературных источников по этиологии, патогенезу, факторам риска, клиническим проявлениям и осложнениям мочекаменной болезни. Особое внимание уделено лечению и особенностям организации и осуществления сестринского ухода, участию медицинской сестры и пациента в диагностических исследованиях.

Вторая глава посвящена результатам собственного исследования особенностям сестринского ухода при решении проблем пациента с мочекаменной болезнью.

Работа представлена на 47 страницах, имеет список использованных источников и литературы, включающий 19 наименований, 16 рисунков. В качестве приложений представлена анкета пациента и памятка для пациентов с мочекаменной болезнью.

# **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДСЕСТРЫ ПРИ РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

## **1.1. Общая характеристика мочекаменной болезни**

Мочекаменная болезнь, или уролитиаз (urон – «моча», lythos – «камень») – это заболевание, для которого свойственно образование одиночных или множественных конкрементов в почках и/или других органах мочевыделительной системы. Изначально камень формируется и локализуется в почке, нарушая естественный отток мочи. В таком случае говорят про нефролитиаз (nephros – «почка», lythos – «камень») – почечнокаменную болезнь. Наличие камня в мочевом пузыре в официальной медицине носит название цистолитиаз (cystis – «мочевой пузырь», lythos – «камень»)[1, с. 56].

Камни в почках – это твердые кристаллические образования, состоящие из солей, которые в определенном количестве содержатся в человеческой моче. Конкременты небольших размеров (до 3-х мм) могут самостоятельно отходить вместе с мочой, не вызывая никаких болезненных симптомов. Более крупные камни могут спровоцировать обструкцию мочеточника, что приводит к азотемии, гидронефрозу или спазму мочеточника.

Формирование мочевых камней определяется множеством факторов, которые влияют, прежде всего, на химический состав и физические свойства мочи. Индивидуальные анатомические особенности строения почек и мочевыводящих путей, наличие урогенитальных инфекций, негативное воздействие окружающей среды также принимаются во внимание.

Уже на протяжении нескольких десятков лет мочекаменная болезнь остается широко распространенным заболеванием в урологической практике, и статистические данные свидетельствуют о том, что показатель заболеваемости по-прежнему растет. Таким образом, уролитиаз сегодня становится социальной проблемой. По мировым данным, признаки заболевания имеются у 1-5%

жителей всей планеты, среди которых 30% – это больные нефролитиазом, которые находятся на лечении в стационаре, и 70% – поступают в отделения урологии с острыми симптомами. Пик заболеваемости приходится, как правило, на возраст 30-40 лет. В отличие от былых лет, частота возникновения мочекаменной болезни у женщин постоянно увеличивается и на сегодняшний день лишь немного ниже, чем у мужчин [19, с. 34].

Уровень заболеваемости мочекаменной болезнью в России стремительно растет – из 100 тысяч населения у 460 пациентов имеются признаки нефролитиаза, что объясняется изменением качества и продолжительности жизни. Развитию заболевания способствует:

- 1) гиподинамия, влекущая за собой нарушение фосфорно-кальциевого обмена;
- 2) нарушение режима приема пищи и воды;
- 3) употребление воды низкого качества;
- 4) чрезмерное употребление соли, а также овощей, продуктов с высоким уровнем животного белка (например, говядины, курицы и баранины) и молочных продуктов;
- 5) злоупотребление алкоголем и некоторыми лекарственными препаратами;
- 6) психоэмоциональное перенапряжение, стресс;
- 7) влияние неблагоприятных факторов окружающей среды [5, с.43].

Спровоцировать процесс камнеобразования могут также и местные факторы:

- 8) хронические воспалительные заболевания органов мочевыделительной системы (пиелонефрит, цистит и т.д.);
- 9) эндокринные, гинекологические заболевания в хронической форме;
- 10) инфекции мочевыводящих путей (Протея, Klebsellia, Pseudomonas, стафилококки и некоторые анаэробы);
- 11) врожденные аномалии или приобретенные патологии мочевых путей, повлекшие за собой затруднение естественного оттока мочи из почек (экстрофия мочевого пузыря, пузырно-мочеточниковый рефлюкс и др.);

12) метаболические и сосудистые нарушения в органе и/или в организме [3, с.56].

Наиболее благоприятные условия для возникновения почечнокаменной болезни – сосуществование всех этих факторов.

Характерная особенность мочекаменной болезни – частые рецидивы (повторное образование почечных камней), лечить которые значительно сложнее, нежели первичные проявления заболевания. При первичном уролитиазе существует 10%-ная вероятность формирования нового конкремента в течение первого года и 50%-ная – при вторичном (рецидивирующем) в течение 5-ти лет, если не было соответствующего лечения или не выполнялись профилактические и метафилактические меры. Поэтому профилактика и метафилактика мочекаменной болезни – важное и необходимое условие предупреждения рецидивов.

С каждым годом численность больных уролитиазом в России увеличивается. Эндемичными регионами, где мочекаменной болезнью болеют чаще, считаются районы Северного Кавказа, низовья Волги, Поволжья, Алтая, юга России и Крайнего Севера. Здесь за последние 20 лет заболеваемость выросла почти в 3 раза. Более того, самое большое число инвазивных хирургических вмешательств в урологии проводится именно в связи с мочекаменной болезнью[17, с.32].

Мочевые камни могут содержать различные комбинации химических веществ, т.е. различаться как типы почечных камней. Порядка 80% всех мочевых камней – это неорганические соединения кальция: кальций-оксалатные, кальций-фосфатные и кальций-карбонатные мочевые камни. Менее распространенным типом конкрементов являются струвиты или «инфекционные» камни. Крайне редко встречаются белковые камни (цистиновые, ксантиновые и др.), камни мочевой кислоты.

1) Оксалаты – бугристые образования плотной консистенции черного или темно-коричневого цвета, для которых характерна кислая среда мочи с уровнем pH 5,6-5,8. Образованы солями щавелекислого кальция и аммония.



- 2) Фосфаты – слегка шероховатые или абсолютно гладкие конкременты бледно-серого или белого цвета, образованные фосфорной кислотой и ее солями. Формируются при щелочной реакции мочи, когда уровень рН превышает 7,0.
- 3) Карбонаты – достаточно мягкие камни белого цвета, состоящие из кальция и/или магния. Карбонаты также формируются в щелочной моче.
- 4) Ураты – образованные солями мочевой кислоты камни плотной консистенции. Обычно имеют округлую форму и ярко-желтый цвет. Среди всех типов камней ураты встречаются в 5-15% случаев, формируются они в кислой моче с уровнем рН 5,0-5,8.
- 5) Белковые камни – самые редкие, обнаруживаются лишь в 0,4-0,9% случаев. Их наличие является признаком наследственных метаболических нарушений в организме [12, с.45].

В чистом виде камни образуются довольно редко, как правило, они имеют смешанный состав с различной концентрацией минеральных компонентов. Формирование этих конкрементов влечет за собой нарушение метаболизма и в ряде случаев сопровождается инфекционными процессами.

## **1.2. Клиника, диагностика, лечение, профилактика мочекаменной болезни**

Обследование больного требует тщательного изучения всех клинических проявлений. На основании имеющихся симптомов врач-уролог может делать предположение о локализации мочевого камня.

Обычно мочекаменная болезнь проявляет себя периодической ноющей болью, ощущением дискомфорта в области поясницы, чаще односторонней. Наиболее частым характерным симптомом для нефролитиаза является приступ острой боли, который принято именовать почечной коликой. Частота ее при нефролитиазе достигает 63-90%. Возникает почечная колика внезапно, как правило, в ночное время, иногда днем после физической активности, и может

продолжаться от нескольких минут до нескольких дней. Непосредственно проявляет она себя изначально легким дискомфортом со стороны пораженного органа, и лишь постепенно перерастает в нестерпимый болевой спазм, который распространяется на всю область поясницы, часто с иррадиацией в пах или половые органы. Характер боли непрерывный, волнообразно нарастающий. Чаще всего она является результатом острой окклюзии, обтурации, закупорки мочеточника конкрементом с прекращением поступления мочи из чашечно-лоханочной системы вниз по мочеточнику [13, с.45].

Локализация боли при почечной колике имеет весьма немалое значение в диагностике мочекаменной болезни. Стремительно нарастающая боль может косвенно указывать на прогноз течения болезни. При смещении камня вниз по мочеточнику боль может иррадиировать в область пупка, подвздошную и паховую области. Иррадиация боли в половые органы более характерна для камней тазового отдела мочеточника человека. Если почечная колика сопровождается тошнотой и рвотой, то это может указывать на локализацию камня в средней трети мочеточника. При дальнейшем его смещении вниз такие симптомы исчезают. Нарушение мочеиспускания (хорошо заметная дизурия) возникает при локализации камней в нижних отделах мочеточника. Выраженная дизурия иногда приводит к ошибочной диагностике (цистит, острый простатит). Начавшийся инфекционно-воспалительный процесс сразу проявляется ознобом и лихорадкой, могут появиться признаки интоксикации, что является показанием к госпитализации в урологическое отделение и оперативному вмешательству [10, с.44].

Факторами, способствующими образованию почечных конкрементов, являются:

- 1) недостаточное употребление жидкости в течение дня (менее 1,5 литров), что приводит к незначительному выделению концентрированной мочи;
- 2) содержание в моче большого количества кристаллов солей (при реакции мочи, препятствующей их растворению);

- 3) алиментарный фактор: гиперурикемия, гиперурикозурия, нарушения пуринового обмена, сахарный диабет, подагра (25% больных подагрой имеют сопутствующий уратный нефролитиаз);
- 4) нарушение проходимости нижних мочевых путей, что способствует замедлению уродинамики;
- 5) нарушение кровообращения в почке, вызванное возрастными изменениями сосудистого русла, что может спровоцировать некротический папиллит (некроз почечных сосочков);
- 6) постоянно заниженный уровень рН мочи, обусловленный уменьшением выделения аммиака почками и одновременным увеличением выведения титруемых кислот из организма при почечной недостаточности, изменениях в канальцах и пр.;
- 7) наличие инфекции мочевыводящих путей, что приводит к повышению кислотности мочи и, как следствие, создает благоприятную среду процесса камнеобразования [11, с.43].

Более точная диагностика возможна на основании физического обследования, анализов мочи и крови, ультразвуковых, рентгеновских и лабораторных исследований, позволяющих не только уточнить локализацию, размеры, форму мочевого камня, но и выбрать тактику лечения, которая должна быть строго индивидуальной. В зависимости от химической структуры конкрементов определяется способ их удаления, назначается консервативная противорецидивная терапия и метафилактика.

Среди самых распространенных осложнений мочекаменной болезни – нарушение проходимости верхних мочевых путей, что препятствует нормальному оттоку мочи. Это приводит к угнетению функции почки и присоединению воспалительного процесса в органе. При несвоевременном восстановлении нарушенного оттока мочи из пораженной почки и длительном отсутствии антибактериальной терапии может развиваться бактериотоксический шок и другие гнойно-септические осложнения, которые в 45-75% случаев заканчиваются летальным исходом. Некупирующийся медикаментозно приступ

почечной колики с появлением озноба и повышением температуры тела является экстренным показанием к незамедлительной госпитализации больного в специализированный стационар для лечения.

Если конкремент в течение длительного периода времени находится в верхних мочевых путях или больной перенес пиелонефрит в острой форме, то возможно развитие вторичного хронического пиелонефрита. В таком случае устранение воспаления медикаментозным способом при наличии камня неэффективно, и будет лишь временно облегчать симптомы заболевания.

Характерным для нефролитиаза осложнением является рецидивирующая макрогематурия (легко определяемая визуально кровь в моче). Такие мочевые камни подлежат лишь хирургическому удалению.

У больных с камнями в верхних мочевых путях при рецидивирующих инфекциях мочевыводящего тракта могут отмечаться инфильтративно-пролиферативные изменения в стенках чашечек, лоханки и мочеточника. Такие осложнения могут сопровождаться почечной недостаточностью или же полной утратой почкой своих функций. В данном случае требуется оперативное вмешательство.

«Длительное, порой на протяжении многих лет, сохранение нарушенного оттока мочи из почки, прогрессирующее камнеобразование на фоне хронического пиелонефрита с преимущественным гнойным расплавлением медуллярного вещества, чашечно-лоханочной системы приводит к развитию калькулезного пиелонефроза с тяжелой гнойной интоксикацией, пери- и паранефритом и вторичным амилоидозом. Погибшую почку в данном случае необходимо удалить» [6, с.90].

Одним из видов осложнений так же можно считать повторное образование мочевых камней после самостоятельного их отхождения, а также рецидивы, которые являются результатом сохранения предрасполагающих факторов, наследственной предрасположенностью или следствием неадекватного лечения профилактики и метафилактики мочекаменной болезни.

У 75% больных после удаления коралловидных почечных камней случаются рецидивы, спровоцированные хроническим пиелонефритом.

Самостоятельное отхождение почечных камней может привести к блокированию уретры, в результате чего может возникнуть острая задержка мочи – когда самостоятельное опорожнение переполненного мочевого пузыря невозможно. Такие осложнения требуют незамедлительной медицинской помощи.

Заподозрить мочекаменную болезнь можно по наличию типичных для нее признаков:

- 1) дискомфорт, ноющая боль в области поясницы со стороны пораженного органа, временами усиливающаяся при двигательной активности и физических нагрузках (болевые ощущения могут возникать также в нижней части живота и отдавать в пах);
- 2) почечная колика – внезапно острые, схваткообразные приступы боли в поясничном отделе;
- 3) наличие песка и мелких мочевых камней в моче в анамнезе;
- 4) наличие крови в моче, особенно после физической нагрузки;
- 5) частые позывы к мочеиспусканию, жжение во время мочеиспускания;
- 6) подтекание мочи (неконтролируемое выделение незначительного количества мочи в течение дня);
- 7) обнаружения в синусе четко очерченной эхопозитивной структуры с акустической тенью дистальнее конкремента при проведении ультразвуковой диагностики почек;
- 8) обнаружение тени, похожей на тень камня, в поясничной зоне при проведении обзорной рентгенографии всех органов мочевой системы [16, с.32].

Консервативное лечение мочекаменной болезни в большинстве случаев не дает благоприятных прогнозов, поскольку конкремент постепенно укрупняется, тем самым создает все условия для нарушения уродинамики,

присоединения инфекции и развития воспалительного процесса, влекущее за собой возникновение и прогрессирование пиелонефрита.

Комплексная консервативная терапия мочекаменной болезни у мужчин и женщин зависит от химического состава камня.

При наличии уратов (мочекислых камней) установлено проведение следующего лечения:

1) Препараты, которые уменьшают образование мочевой кислоты и способствуют ее выведению из организма. Это могут быть такие, как Аллопуринол, Алломарон и другие.

2) Средства, подщелачивающие мочу, созданные на основе цитрата (Уралит, Магурлит).

3) Препараты, созданные на растительной основе (Канефрон, лекарственные травы с мочегонным действием).

4) Различные ферментные препараты, которые позволяют растворять органическую основу конкремента (Панзинорм, Фестал, Папайя).

А вот арсенал лечения кальциевых камней более ограниченный. Показано использование следующих препаратов: растительные препараты с аналогичным механизмом действия; витамины из группы В и витамин Д; препараты, ускоряющие выведение из организма избытка кальция, содержащегося в моче (Цистон, Ксидифон).

Для лечения фосфатных конкрементов необходимо применять такие препараты, как: подкисляющие мочу (Метионин, аммоний хлористый); препараты, которые обладают антифосфорным действием (Алмагель); антибиотики в комбинировании с растительными препаратами и лекарственными травами.

Однако независимо от химического состава камня необходимо оказывать воздействие и на второстепенные причины, которые привели к развитию мочекаменной болезни. С этой целью терапия проводится по таким направлениям: антибиотики с учетом полученного результата бактериологического исследования мочи; улучшение кровоснабжения почек с

помощью антиагрегантов и Канефрона; своевременное опорожнение мочевого пузыря естественным образом [5, с.43].

Помимо консервативной терапии иногда приходится прибегать к хирургическому вмешательству с целью удаления камней. Как правило, в настоящее время применяется метод дистанционной литотрипсии, при которой происходит разрушение камня до мелких частиц. А после этого они выводятся с мочой из организма [14, с.43].

Необходимость в больших оперативных вмешательствах возникает лишь при наличии осложнений со стороны органов мочевыделительной системы.

Лечение, направленное на предотвращение рецидива мочекаменной болезни, должно быть комплексным и строится на следующих принципах: фитотерапия – применение лекарственных растений длительными курсами; диетотерапия с исключением продуктов, которые способствуют образованию конкрементов; фармакологическая коррекция; санаторно-курортное лечение, которое подразумевает общее оздоровление человека.

### **1.3. Проблемы пациентов с мочекаменной болезнью**

При мочекаменной болезни больной ощущает боли в поясничной области. Температура его тела заметно повышается, снижается аппетит, что приводит к общей слабости всего организма. Чаще всего лечение подобных случаев проводится в стационаре под постоянным присмотром медиков (особенно при остром течении болезни).

В больнице помимо врачебной помощи пациенту предлагается профессиональный сестринский уход. Медсестра помогает решить пациенту его насущные и гигиенические потребности при невозможности решения их самостоятельно [17, с.32].

Далее рассмотрим обязанности медицинской сестры и методы их выполнения.

- 1) Объективное исследование пациента по собранному анамнезу

Сестра должна за короткий срок выявить нарушенные возможности пациента при мочекаменной болезни, чтобы далее помочь ему в решении сих проблем и правильно выстроить план ухода. Для этого нужно собрать все жалобы пациента воедино и составить схему их решения. Необходимо разобраться, когда появились первые симптомы, насколько они связаны с пищей или напитками, которые принимал пациент. Весьма желательно узнать сферу деятельности больного, его пристрастия в еде, наличие хронических заболеваний мочевыводящей системы, наличие вредных привычек и прочих факторов, что могут возыметь влияние на будущий курс лечения.

Собранная информация должна выглядеть следующим образом:

- 1) острые или ноющие боли в поясничной области;
- 2) повышение температуры тела;
- 3) затруднение мочеиспускания;
- 4) общая слабость, головокружение, потливость;
- 5) недостаток информации о мочекаменной болезни;
- 6) проблемы социального, экономического и психологического характера основанные на изменении привычного образа жизни на фоне приобретенного заболевания [14, с.21].

Сестринская помощь заключается в наблюдении за самочувствием пациента, его поведением. Медсестра будет фиксировать абсолютнолюбые изменения в его общем состоянии здоровья, докладывать о них лечащему врачу для максимально правильного лечения, обучать правильным приемам ухода за собой и следить за выполнением всех гигиенических мероприятий включая, конечно же, гигиену ротовой полости, половых путей.

В случае рецидива почечной колики медсестра должна успокоить пациента, исключить возможность приема воды или еды до момента купирования болевого синдрома и вызвать лечащего врача.

- 2) Процесс купирования болевого синдрома с участием медицинской сестры



Для того чтобы боли утихли на протяжении самого короткого временного промежутка, помимо медикаментозной терапии, медсестра обязана провести данный список мероприятий: обеспечить покой пациенту, наблюдать за проведением регулярной гигиены, полоскать содовыми растворами, или отварами ромашки после каждого приема еды; а для обеспечения предотвращения тошноты проследить за полным исключением из его рациона продуктов с высоким содержанием жира, жаренных и копченых блюд, исключить консервы.

Хорошо снимает тошноту вода Боржоми, Лужанская, Ессентуки и подобные им. Вода предварительно освобождается от газов и принимается в теплом виде регулярно малыми порциями. Можно ликвидировать тошноту, предложив пациенту рассасывать мятные леденцы, кусочки ананаса или малые кусочки обыкновенного льда.

Необходимо следить за регулярным приемом медицинских препаратов, назначенных врачом.

Основная задача медицинской сестры при купировании болевого и интоксикационного синдромов решить основные проблемы пациента. При этом она обязана внимательно следить за выполнением условий диеты, приема медикаментов и непосредственно выполнении пациентом всех врачебных предписаний. При любых отклонениях от нормы в процессе терапии, невыполнении лечебных мероприятий, нарушении установленной диеты сестра обязана предупреждать лечащего врача [13, с.21].

Сестринский уход при мочекаменной болезни также включает в себя исключение возникновения опасных травматичных ситуаций.

Медицинская сестра должна следить и за тем, чтобы у пациента не возникли следующие затруднения:

- 1) травмы в результате падения при головокружении, обмороке, или же потере равновесия при возобновлении болевого синдрома;
- 2) возникновение ожогов при неправильном проведении видов физиопроцедур;
- 3) занесение инфекции при неправильном уходе;

4) побочные реакции от приема медикаментозных препаратов [10].

Квалифицированный сестринский уход — основа быстрого выздоровления. Выздоровление пациента и комфорт его пребывания в больнице напрямую зависят от эффективности терапии, назначенной лечащим врачом и правильном сестринском уходе.

Медсестра высокой квалификации заранее выявить настоящие и потенциальные проблемы своего пациента и попытается их быстро решить. Сестра должна предупреждать пациента об особенностях терапии, предоставить необходимую помощь для его адаптации в новой среде и следить за течением болезни, докладывая все изменения лечащему врачу [8]. При ответственном подходе к своей работе медсестра может помочь пациенту поправиться быстрее, а это и есть основная задача медицинской сестры при уходе за пациентом.

Чтобы избежать обострений мочекаменной болезни почек, а также при уже возникшем обострении, медицинская сестра должна рассказать пациенту о правилах питания при его заболевании.

Следует пояснить пациенту, что теперь рекомендуется придерживаться диетического ОВД (общий вариант диеты, ранее стол №7) и исключить из рациона вредные для него продукты. Рекомендуется частый дробный прием пищи (не менее 5 раз). Необходимо пить много чистой воды не менее 2 литров в день.

Количество пищи, которое употребляется ежедневно в рацион должно составлять около 3,5 кг. Этот объем несколько превышает стандартную норму, но только за счет большого количества воды.

Переедать категорически запрещается. Минимизировать употребление жиров и рафинированных углеводов. От сахара вообще лучше отказаться или, хотя бы, свести к максимальному минимуму.

Отдать предпочтение предпочтительнее всего продуктам богатых клетчаткой. Обязательно необходимо исключить копчености, жаренные,

маринованные и острые блюда. Лучше готовить на пару или просто отваривать выбранные продукты.

При мочекаменной болезни пациенту стоит отказаться от продуктов, которые содержат большое количество холестерина и свести к минимуму употребление блюд, сваренных на мясных, рыбных или грибных бульонах.

Перед сном для улучшения пищеварения можно пить кефир.

Пациенту стоит рассказать, какое мясо и какую рыбу можно кушать при его заболевании. Так как эти продукты являются основными источниками белка в организме нужно отдавать предпочтение нежирным видам. Желательно использовать в ежедневном рационе мясо, курицы, индейки, кролика, морепродукты и только нежирные сорта морской рыбы [8, с.21].

В ежедневном меню могут присутствовать яйца, но не более одного желтка. Белок разрешено употреблять в любом количестве. Оказывают хорошее воздействие на организм фрукты (за исключением слишком кислых) и свежая зелень. Необходимо рацион салатами, которые обогащены витаминами, микроэлементами и пищевыми волокнами. Большую пользу приносят крупы, особенно гречка и овсянка. Также в умеренном количестве позволяются макароны из твердых сортов пшеницы.

Из специй для приготовления еды рекомендовано использовать куркуму. Она специя хороша тем, что оказывает противовоспалительное действие.

Из меню необходимо исключить:

- 1) жирные сорта мяса и рыбы (свинина, утка, жирная рыба, печень, сало);
- 2) кислые фрукты и ягоды (лимон, апельсин, грейпфрут и т.п.);
- 3) бобовые культуры; кислые овощи (редис, щавель, лук, чеснок);
- 4) любые сорта грибов;
- 5) консервы, маринады, копчености;
- 6) сдоба, свежая выпечка, какао, жирное мороженное и крема;
- 7) крепкий кофе, чай, газированные напитки;
- 8) любой алкоголь;
- 9) острые приправы, наваристые бульоны, любые жареные блюда;

10) маргарин [11, с.33].

Любой алкоголь противопоказан при мочекаменной болезни почек. Весьма часто пациенты, которые лишь только узнали о своём диагнозе, интересуются: а можно ли им употреблять спиртные напитки. Необходимо ответить пациенту на данный вопрос в строгой отрицательной форме и этому есть причины. Алкогольные напитки, в том числе сухое вино, которое по незнанию пациенты нередко считают безопасным, активизируют процесс роста камней в почках.

Важность диеты нельзя недооценивать. Многие пациенты, ознакомившись с таким жестким списком запретов, считают, что диета, назначенная непосредственно их лечащим врачом, является уж очень строгой. Но стоит пояснить пациентам, что даже в этом случае вполне возможно разнообразить свое меню, чтобы оно не казалось скучным и пресным. Все дело в привычке и когда человек привыкает питаться правильно, он начинает чувствовать вкус обычных продуктов по-новому [14, с.49].

Теперь рассмотрим особенности сестринского процесса при уходе за пациентом с мочекаменной болезнью.

1. Проблемы пациента:

А. Существующие (настоящие):

Боли в пояснице.

Тошнота, рвота.

Затруднение мочеиспускания.

Слабость.

- 1) Недостаток информации о сущности заболевания.
- 2) Дефицит информации о самопомощи при почечной колике.
- 3) Необходимость постоянно соблюдать диету и режим питания.
- 4) Необходимость постоянного приема лекарственных препаратов.
- 5) Страх перед возможностью оперативного лечения.

Б. Потенциальные:

- 1) Почечная колика.

- 2) Водянка мочевого пузыря.
- 3) Острый пиелонефрит.
- 4) Анурия, олигурия [17, с.30].

2. Сбор информации при первичном обследовании:

А. Расспрос пациента о:

- 1) Болевом синдроме (с чем связывает пациент его возникновение, локализация боли, ее характер, длительность, имеет ли боль иррадиацию, чем она купируется).
- 2) Затруднениях при мочеиспускании (с приемом какой пищи или напитков пациент связывает ее появление).
- 3) Особенности питания пациента (употребляет ли жирную, жареную, острую пищу, соблюдает ли режим питания).
- 4) Перенесенных заболеваний (пиелонефрит, цистит и пр.).
- 5) Длительности заболевания, частоте приступов почечной колики.
- 6) Наблюдении у нефролога, уролога и регулярности обследования - УЗИ, урография.
- 7) Приеме лекарственных препаратов (какие лекарственные средства принимает, их доза, регулярность приема, переносимость).
- 8) Жалобах в момент обследования.

Б. Осмотр пациента:

- 1) Положение в постели.
- 2) Цвет кожных покровов и видимых слизистых.
- 3) Масса тела пациента.
- 4) Измерение температуры тела.
- 5) Цвет, влажность языка, наличие на нем налета.
- 6) Поверхностная пальпация живота.
- 7) Определение симптома Пастернацкого [13, с.30].
- 8) Доврачебная помощь при приступе почечной колики:
- 9) Вызвать врача.
- 10) Успокоить и уложить пациента, при рвоте голову повернуть набок.

- 11) Не кормить и не поить пациента.
  - 12) Контролировать пульс, АД, температуру тела.
  - 13) Подготовить медикаменты: но-шпа (ампулы), папаверин (ампулы), платифиллин (ампулы), димедрол (ампулы), анальгин (ампулы) [7, с.45].
4. Сестринские вмешательства после купирования приступа почечной колики, включая работу с семьей пациента:
- 1) Рекомендовать пациенту соблюдение полупостельного режима в течение 1-2 дней.
  - 2) Убедить пациента и его близких в необходимости строго соблюдать режим питания и диету № 10, разъяснив сущность этой диеты, а также рекомендовать проведение разгрузочных дней.
  - 3) Контролировать соблюдение диеты и режима питания.
  - 4) Осуществлять контроль за передачами пациенту родственниками и близкими.
  - 5) Оказывать доврачебную помощь при повторении почечной колики.
  - 6) Обучить пациента и его родственников первой помощи при приступе почечной колики, предупредив, что вызов врача обязателен.
  - 7) Контролировать массу тела.
  - 8) Информировать пациента о медикаментозной терапии.
  - 9) Убедить пациента и необходимости регулярного приема лекарственных препаратов, назначенных врачом, контролировать их прием.
  - 10) Рекомендовать постоянное наблюдение у уролога, нефролога.
  - 11) Подготавливать пациента к УЗИ почек, урографии.
  - 12) Обучить амбулаторного пациента к подготовке к дополнительным методам обследования.
  - 13) Подготовка пациента к дополнительным методам обследования [17, с.34].

Подводя итоги 1 главы, можно сделать следующие выводы.

Мочекаменная болезнь, или уrolитиаз – это заболевание, для которого свойственно образование одиночных или множественных конкрементов в почках и/или других органах мочевыделительной системы.

С каждым годом численность больных уролитиазом в России увеличивается.

Комплексная консервативная терапия мочекаменной болезни у мужчин и женщин зависит от химического состава камня.

Однако независимо от химического состава камня необходимо оказывать воздействие на второстепенные причины, которые привели к развитию мочекаменной болезни. Нередко в этом и состоит основная задача медсестры.

В стационар пациенты с мочекаменной болезнью поступают либо в экстренном порядке, при возникновении почечной колики, либо же в плановом порядке, при заранее назначенном оперативном лечении.

## **ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ЗНАЧИМОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

### **2.1. Материалы и методы исследования**

Было проведено социологическое исследование (анкетирование) пациентов, страдающих мочекаменной болезнью.

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода», которая представляет собой многопрофильный стационар, внутри которого функционируют 22 специализированных отделения, развернуто 1223 койки для круглосуточного пребывания больных и 8 коек дневного пребывания в офтальмологическом отделении.

В равной степени, с учётом востребованности, представлены отделения терапевтического и хирургического профиля.

По объективным причинам все отделения хирургического профиля расположены по адресу г. Белгород, ул. Губкина д. 46, а большинство отделений терапевтического профиля расположены по адресу г. Белгород Белгородский пр-кт д.99(территория бывшей городской клинической больницы №1).

Помимо лечебной базы, в больнице в полном объёме имеется современное диагностическое оборудование, в том числе магнитно-резонансный и компьютерный томографы, ангиограф, ультразвуковые и эндоскопические аппараты, рентгенологическое и лабораторное оборудование, что позволяет в кратчайшие сроки проводить полное и всесторонне обследование больных и начинать качественное лечение с первых часов после обращения, в соответствии с утверждёнными стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

Специализированную медицинскую помощь оказывают 313 врачей, их которых 70% имеют высшую и первую квалификационную категорию, 790



средних медицинских работника из которых 65% имеют высшую и первую категорию, 7 врачам присвоено почётное звание - «Заслуженный врач Российской Федерации», 11 сотрудников награждены знаком «Отличник здравоохранения», 15 врачей имеют учёную степень кандидата медицинских наук, 1 врач доктор медицинских наук.

Перед коллективом больницы поставлена задача в 2019 году оказать квалифицированную медицинскую помощь не менее 45 тысячам пациентов, из них в рамках обязательного медицинского страхования 41 666 человек, выполнить более 22 тысяч оперативных вмешательств.

Наличие современных, оснащённых по европейскому стандарту операционных, квалификация врачей-хирургов, врачей-анестезиологов позволяет в 90% случаев проводить малотравматичные, с использованием эндоскопического оборудования, операции, как в плановой, так и в экстренной хирургии на всех органах и системах больного человека, что значительно снижает риск возможных послеоперационных осложнений и приводит к быстрому выздоровлению больных.

Для проведения исследования была разработана специальная анкета из 16 вопросов (Приложение 1).

Целью исследования являлось определение значимости роли медицинской сестры в решении проблем пациентов с мочекаменной болезнью.

Задачи исследования включали:

- 1) разработку анкеты;
- 2) опрос пациентов;
- 3) обработка результатов исследования;
- 4) контент-анализ результатов исследования;
- 5) оформление результатов исследования.

В выборку исследования вошло 44 пациента. Всем им было более 18 лет и все они страдали мочекаменной болезнью.

Временные рамки исследования – 20.04.2019 - 16.05.2019.

Материалами исследования послужили заполненные анкеты пациентов.

Основным методом исследования являлся метод анкетирования. Анкетирование как метод исследования (психологического, маркетингового или социологического) нередко используется в нынешнем обществе и играет в нем немалую роль. Благодаря его помощи специалистам всевозможных сфер удается проводить различные исследования, действовать четко намеченному плану и добиваться выверенных результатов. В анкетировании все подчиняется четкой структуре и регламенту по системе «вопрос-ответ».

Анкетирование — это один из наиболее эффективных методов статистической обработки информации. Результаты данной работы позволяют увеличить прибыль бизнеса, оптимизировать структуру предприятия, составлять прогнозы в разных сферах деятельности. Собрать данные — это один этап работы, но не менее важно правильно их обработать.

Ключевым параметром работы является составление математически обоснованной выборки — параметр, определяющий количество анкет, которые подлежат обработке. В зависимости от объемов исследования и степени детализации потребителей эта величина может варьироваться.

Непосредственно обработка представляет собой комплекс сложных математических вычислений, которые чаще всего выполняются с помощью специализированного программного обеспечения. В зависимости от поставленных задач используется разнотипное ПО.

Один из самых популярных видов компьютерных программ — Excel. После ввода полученной информации можно выполнить полный спектр математических вычислений. Дополнительно система обладает широким функционалом для визуализации информации, что важно для работы и практического применения итогов опроса.

Методы исследования:

- анкетирование;
- статистическая обработка данных;
- графическое отображение данных;
- систематизация данных.

После получения результатов исследования, они были обработаны в программе MicrosoftExcel и представлены далее.

## 2.2. Анализ результатов собственного исследования

По возрасту пациенты распределились так: 18-30 лет – 7%, 31-40 лет – 11%, 41-50 лет – 30%, 51-60 лет – 34%, 61 год и старше – 18% (Рис. 1).

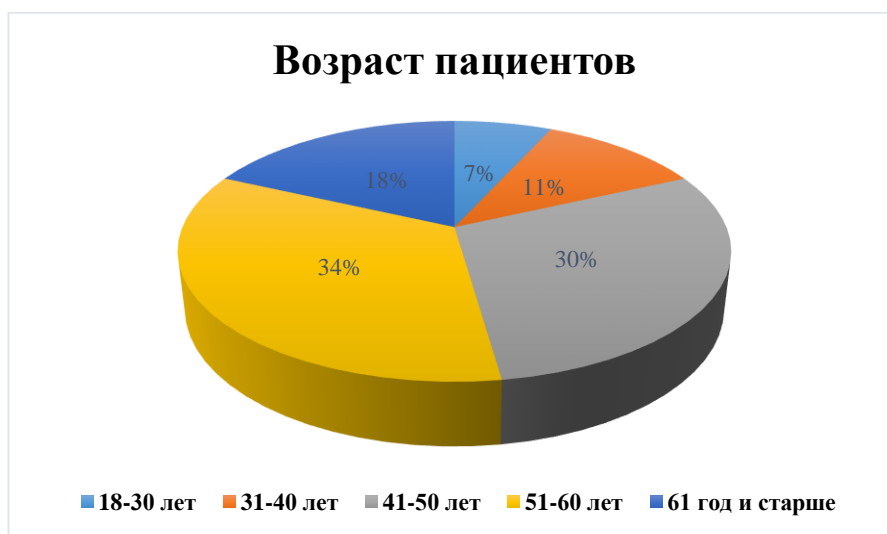


Рис. 1. Распределение респондентов по возрасту

По полу респонденты распределились так: 52% мужчин и 48% женщин (Рис. 2).



Рис. 2 Распределение респондентов по полу

На момент опроса основными жалобами пациентов были: в 100% - боли в поясничной области, в 52% - повышение температуры тела, в 95% - нарушение оттока мочи и общая слабость и недомогание, в 32% пациенты предъявляли другие жалобы (Рис. 2).



Рис. 3 Жалобы пациентов на момент опроса

В 59% случаев среди пациентов заболевание началось остро и внезапно, в 41% случаев заболевание имеет хронический характер (Рис. 4).



Рис. 4 Характер заболевания у пациентов

Далее вопросы были адресованы пациентам, которые имеют хроническое течение заболевания. Обострения у 17% пациентов происходят несколько раз в год. У 39% – 1-2 раза в год, у 44% – один раз в несколько лет (Рис. 5).



Рис. 5 Частота обострений заболевания у пациентов

Менее одного года болеет 11% пациентов с хроническим характером заболевания, менее 5 лет – 39%, 50% страдают данным заболеванием более 5 лет (Рис. 6).



Рис. 6 Продолжительность болезни у пациентов

Что касается осложнений в результате мочекаменной болезни, то 28% пациентов отметили, что у них развились осложнения в результате данного

заболевания, 72% пациентов отметили, что осложнений в результате данного заболевания пока отмечено не было (Рис. 7).



Рис. 7 Осложнения в результате хронического течения болезни

Далее снова вопросы были адресованы всем 44 респондентам.

Подавляющее большинство пациентов, а именно, 91% считают, что лечение, которое проводится в условиях данного лечебного учреждения эффективно для них, 7% считают, что лечение не особенно эффективно, 2% ответили, что считают лечение неэффективным вовсе (Рис 8).



Рис. 8 Мнения пациентов по поводу эффективности лечения

С большинством пациентов проводилась санитарно-просветительная работа по проблемам мочекаменной болезни, так ответили 95% респондентов, 5% ответили, что с ними подобная работа не проводилась (Рис 9).



Рис. 9 Проведение с пациентами санитарно-просветительной работы

Большинству пациентов недостаточно информации по лечению и реабилитации при мочекаменной болезни, так ответили 73% опрошенных, 27% ответили, что не испытывают недостатка информации по данному вопросу (Рис 10).



Рис. 10 Достаточность информации для пациентов по лечению и реабилитации при мочекаменной болезни

Подавляющее большинство пациентов считают, что им лично необходима помощь медицинской сестры, так ответили 96% респондентов, по 2% ответили – не особенно и нет (Рис. 11).



Рис. 11 Необходимость помощи медицинской сестры пациентам.

Большинство пациентов, 91% считают, что роль медицинской сестры при уходе за пациентом с мочекаменной болезнью является крайне значимой, 9% ответили, что не считают роль медсестры столь значимой (Рис 12).



Рис. 12 Значимость роли медсестры

Большая часть пациентов, 93% пользовались дополнительными источниками информации по заболеванию, 7% не делали этого (Рис 13).





Рис. 13 Использование пациентами дополнительных источников информации о мочекаменной болезни

При ответе на следующие вопросы мнения разделились. Меньшая часть пациентов считает, что наиболее эффективно в лечении лекарственное обеспечение, так ответили 48% респондентов, и 52% ответили, что считают более важным фактором квалифицированный уход за пациентом (Рис 14).



Рис. 14 Наиболее эффективный фактор в лечении

Успех лечения зависит от веры больного в него, так ответили 14% пациентов, 20% ответили, что успех лечения зависит от стремления пациента выздороветь, 27% ответили, что успех излечения зависит непосредственно от назначений врача, и 39% ответили, что считают, что успех лечения зависит от качественного выполнения назначений врача медсестрой (Рис. 15).



Рис. 15 Зависимость успеха лечения пациента по мнению респондентов

И, наконец, большинству пациентов необходима профилактическая помощь медицинской сестры в предупреждении обострений мочекаменной болезни, так ответили 95% опрошенных, и только 5% (ответили, что не нуждаются в подобной помощи (Рис. 16).



Рис. 16 Необходимость профилактической помощи для пациентов

Итак, подводя итоги результатов исследования, можно сделать следующие выводы.

В целом медицинские сёстры отделения качественно и квалифицированно исполняют свои обязанности, однако, среди пациентов есть и недовольные их действиями. Некоторые считают, что помощь медсестры по уходу за пациентами с мочекаменной болезнью вовсе не нужна, многие

черпают информацию из немедицинских источников (не от врача и медсестры), многие испытывают недостаток информации по лечению и реабилитации при мочекаменной болезни.

Таким образом, гипотеза, выдвинутая во введении, нашла своё подтверждение и в результатах исследования – действительно, многие пациенты обращаются к немедицинским источникам относительно заболевания, и в связи с этим испытывают недостаток качественных медицинских рекомендаций по мерам реабилитации и профилактики.

1. На момент опроса основными жалобами пациентов были: в 100% - боли в поясничной области, в 52% - повышение температуры тела, в 95% - нарушение оттока мочи и общая слабость и недомогание, в 32% пациенты предъявляли другие жалобы.

2. В 59% случаев среди пациентов заболевание началось остро и внезапно, в 41% случаев заболевание имеет хронический характер.

3. Обострения у 17% пациентов происходят несколько раз в год. У 39% – 1-2 раза в год, у 44% – один раз в несколько лет.

4. Менее одного года болеет 11% пациентов с хроническим характером заболевания, менее 5 лет – 39%, 50% страдают данным заболеванием более 5 лет.

5. Что касается осложнений в результате мочекаменной болезни, то 28% пациентов отметили, что у них развились осложнения в результате данного заболевания,

6. Подавляющее большинство пациентов (91%) считают, что лечение, которое проводится в условиях данного лечебного учреждения, эффективно для них, 7% считают, что лечение не особенно эффективно, 2% ответили, что считают лечение неэффективным вовсе.

7. Большинству пациентов недостаточно информации по лечению и реабилитации при мочекаменной болезни, так ответили 73% опрошенных, 27% ответили, что не испытывают недостатка информации по данному вопросу.

8. Подавляющее большинство пациентов считают, что им лично необходима помощь медицинской сестры. Так ответили 96% респондентов, по 2% ответили – не особенно и нет.

9. Большинство пациентов, 91% считают, что роль медицинской сестры при уходе за пациентом с мочекаменной болезнью является крайне значимой, 9% ответили, что не считают роль медсестры столь значимой.

10. Большая часть пациентов, 93% пользовались дополнительными источниками информации по заболеванию, 7% не делали этого.

11. При ответе на следующие вопросы мнения разделились. Меньшая часть пациентов считает, что наиболее эффективно в лечении лекарственное обеспечение, так ответили 48% респондентов, и 52% ответили, что считают более важным фактором квалифицированный уход за пациентом.

12. Успех лечения зависит от веры больного в него, так ответили 14% пациентов, 20% ответили, что успех лечения зависит от стремления пациента выздороветь, 27% ответили, что успех излечения зависит непосредственно от назначений врача, и 39% ответили, что считают, что успех лечения зависит от качественного выполнения назначений врача медсестрой.

13. Большинству пациентов необходима профилактическая помощь медицинской сестры в предупреждении обострений мочекаменной болезни, так ответили 95% опрошенных, и только 5% ответили, что не нуждаются в подобной помощи.

### **2.3. Рекомендации медицинским работникам, участвующим в организации профилактики мочекаменной болезни**

1. Организовать школу пациентов с мочекаменной болезнью.
2. Проведение еженедельных семинаров для медицинских сестёр, посвящённых теме ухода за пациентами.
3. Создание в отделении уголка пациента – повесить стенды с информацией о мочекаменной болезни, об уходе за пациентами с

мочекаменной болезнью дома, разместить информацию о диете, необходимой таким пациентам.

4. Разработать специальные памятки для пациентов о том, как им с мочекаменной болезнью необходимо принимать пищу, в каких количествах, какие продукты необходимо ограничить, какие продукты необходимо исключить категорически (пример такой памятки представлен в Приложении 2).

5. Посвящение ежедневно времени обсуждения проблем пациентов с мочекаменной болезнью.

6. Обеспечить связь со всеми пациентами с мочекаменной болезнью (например, по электронной почте), возможно – организация рассылки информации по уходу за пациентами с мочекаменной болезнью).

Комплексное выполнение предложенных рекомендаций поможет сделать медсестринскую помощь пациентам наиболее качественной и квалифицированной.

Подводя итоги 2 главы, можно резюмировать, что чаще всего лечение обострений мочекаменной болезни почек проводится в стационаре под постоянным присмотром медиков.

В больнице помимо врачебной помощи пациенту предлагается профессиональный сестринский уход. Медсестра помогает решить пациенту его насущные и гигиенические потребности при невозможности их самостоятельного решения.

Сестра должна за короткий срок выявить нарушенные возможности пациента при мочекаменной болезни почек, чтобы помочь ему в решении данных проблем и правильно выстроить план ухода.

Квалифицированный сестринский уход — основа быстрого выздоровления. Выздоровление пациента и комфорт его пребывания в больнице напрямую зависят от эффективности терапии, назначенной лечащим врачом и правильном сестринском уходе.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мочекаменная болезнь, или уролитиаз – это заболевание, для которого свойственно образование одиночных или множественных конкрементов в почках и/или других органах мочевыделительной системы.

С каждым годом численность больных уролитиазом в России увеличивается.

Комплексная консервативная терапия мочекаменной болезни у мужчин и женщин зависит от химического состава камня.

Однако независимо от химического состава камня необходимо оказывать воздействие на второстепенные причины, которые привели к развитию мочекаменной болезни.

В стационар пациенты с мочекаменной болезнью поступают либо в экстренном порядке, при возникновении почечной колики, либо в плановом порядке, при запланированном оперативном лечении.

Чаще всего лечение обострений мочекаменной болезни проводится в стационаре под постоянным присмотром медиков.

В больнице помимо врачебной помощи пациенту предлагается профессиональный сестринский уход. Медсестра помогает решить пациенту его насущные и гигиенические потребности при невозможности их самостоятельного решения.

Сестра должна за короткий срок выявить нарушенные возможности пациента при мочекаменной болезни, чтобы помочь ему в решении данных проблем и правильно выстроить план ухода.

Подводя итоги результатов исследования, можно сделать следующие выводы.

В целом медицинские сёстры отделения качественно и квалифицированно исполняют свои обязанности, однако, среди пациентов есть и недовольные их действиями. Некоторые считают, что помощь медсестры по уходу за пациентами с мочекаменной болезнью вовсе не нужна, многие

черпают информацию из немедицинских источников (не от врача и медсестры), многие испытывают недостаток информации по лечению и реабилитации при мочекаменной болезни.

Таким образом, гипотеза, выдвинутая во введении, нашла своё подтверждение в результатах исследования – действительно, многие пациенты обращаются к немедицинским источникам относительно заболевания, и в связи с этим испытывают недостаток качественных медицинских рекомендаций по мерам реабилитации и профилактики.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азиф, А., Агарвал, А.К., Евзлин, А.С. Интервенционная нефрология.[Текст]// А. Азиф, А. К. Агарвал, А. С. Евзлин – М.: Дестион — 2015. 768 с.
2. Внутренние болезни: учебник: в 2 т. [Текст]/ под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - 2015. - Т.2. - 896 с.
3. Гайворонский, И.В. Анатомия и физиология человека: Учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования [Текст]/ И.В. Гайворонский, Г.И. Ничипорук, А.И. Гайворонский. - М.: ИЦ Академия, 2015. - 496 с.
4. Диагностика и лечение болезней почек. [Текст]// Мухин Н.А., Тареева И.Е., Шилов Е.М., Л.В. Козловская. М.: ГЭОТАР-Медиа — 2015. 384 стр.
5. Клиническая нефрология. Руководство. [Текст]// Батюшин М.М., Повилайтите П.Е. – Элиста: Джангар — 2017. 656 с.
6. Левчук, И.П. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных и экстремальных состояниях: учеб. для мед. колледжей и училищ [Текст]/ И.П. Левчук, С.Л. Соков, А.В. Курочка, А.П. Назаров. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
7. Лычев, В.Г., Карманов, В.К. Основы сестринского дела в терапии. [Текст]// Ростов н/Д Феникс. - 2015 - 512 с.
8. Маколкин, В.И., Овчаренко С.И., Семенов Н.Н - Сестринское дело в терапии. [Текст]// М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2015. - 544 с.
9. Мухина, С.А. Теоретические основы сестринского дела: учебник. [Текст]/ С.А. Мухина, И.И. Тарновская. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 368 с.
10. Мухина, С.А., Тарновская И.И - Теоретические основы сестринского дела. [Текст]// 2 изд., испр. и доп.- М.: - ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 368 с.



11. Наглядная нефрология. Каллагхан, К.А., Перевод Е.М.Шилова. [Текст]// М.: ГЭОТАР-Медиа — 2015. 128 с.
12. Нефрология и водно-электролитный обмен. Руководство.[Текст]// В. Оу, Ж-П. Гиняр, Ш. Баумгарт – М.: Логосфера — 2015. 344 с.
13. Нефрология. Клинические рекомендации. [Текст]// Под ред. Шилов Е. М., Смирнов А. В., Козловская Н. Л. – М.: ГЭОТАР-Медиа — 2016. 816 с.
14. Нефрология. Национальное руководство. [Текст]// Под ред. Н.А. Мухина. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2015. 720 с.
15. Нефрология. Национальное руководство. Краткое издание.[Текст]// Под ред. Н. А. Мухина – М.: ГЭОТАР-Медиа — 2015. 608 с.
16. Нефрология. Руководство для врачей. В 2-х томах. Том 1: Заболевание почек. [Текст]// Рябов, С. И., Ракитянская И. А. – СПб.: СпецЛит — 2015. 767 с.
17. Нефрология. Руководство для врачей. В 2-х томах. Том 2: Почечная недостаточность. [Текст]// Рябов, С. И. – СПб.: СпецЛит — 2015. 232 с.
18. Почечная колика: Руководство для врачей. [Текст]// Л.Е. Белый. М.: МИА — 2016. 256 с.
19. Руководство по нефрологии. [Текст]// Под ред. Роберта В. Шрайера /перевод с англ. под ред. Н.А. Мухина, 6-е издание – М.: ГЭОТАР-Медиа — 2018. 560 с.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

**Анкета для пациентов**

Уважаемые пациенты! Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы. Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

1. Возраст \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_
2. Жалобы на данный момент (а – боли поясничной области, б – слабость, тошнота, в – затруднение мочеиспускания, г – повышение температуры тела, д – другое)
3. Заболевание началось внезапно, остро, или болезнь протекает хронически? (а – началось остро, б – протекает хронически)
4. Как часто бывают обострения заболевания у Вас в течение года? (а – несколько раз в год, б – 1-2 раза в год, в – один раз в несколько лет)
5. Как долго Вы болеете? (а – меньше года, б – до пяти лет, в – больше пяти лет)
6. Появились ли какие-либо осложнения в результате заболевания? (а – да, б – нет)
7. Эффективно ли лечение, которое проводится в условиях данного лечебного учреждения? (а – да, б – не особенно, в – нет)
8. Проводилась ли с Вами санитарно-просветительная работа в данном отделении по проблемам МКБ? (а – да, б – нет)
9. Достаточно ли вам информации по лечению и реабилитации при данном заболевании? (а – да, б – нет)
10. Как вы думаете, необходима ли Вам лично помощь медицинской сестры при уходе? (а – несомненно, б – не особенно, в – нет)
11. Какую роль, по-Вашему, играет помощь медицинской сестры в уходе за пациентом с МКБ? (а – значительную роль, б – незначительную роль)
12. Пользовались ли Вы дополнительными источниками информации по заболеванию? (а – да, б – нет)
13. Как вы думаете, что наиболее эффективно в лечении Вашего заболевания? (а – лекарственное обеспечение, б – квалифицированный уход)
14. От чего, по Вашему мнению, зависит успех лечения? (а – вера больного в успех лечение, б – стремление пациента выздороветь, в – от назначений врача, г – от качественного выполнения назначений врача медсестрой)
15. Необходима ли вам профилактическая помощь медицинской сестры в предупреждении обострения? (а – да, б – нет)

**Благодарим за участие!**

### **Памятка для пациентов с острой почечной коликой**

Почечную колику можно лечить амбулаторно, когда есть условия для обследования и лечения, а диагноз не вызывает сомнений. Так что при позитивном эффекте от введения анальгетиков у больных молодого и среднего возраста, им можно дать рекомендации по купированию почечной клиники в домашних условиях.

При почечной колике назначается постельный или полупостельный режим, врачом назначается соблюдение диеты

Для дальнейшего купирования болевого синдрома рекомендуют тепловые процедуры. Как правило, хороший эффект дают грелка на область поясницы, или горячая ванна. Следует своевременно опорожнять мочевой пузырь, используя при этом специальный сосуд для последующего контроля отхождения конкрементов.

Вызывать карету скорой медицинской помощи следует в следующих случаях:

- повторный приступ почечной колики;
- появление лихорадки;
- тошнота, рвота;
- снижение количества отделяемой мочи;
- ухудшение общего состояния.

Рекомендуется посетить уролога в поликлинике, и пройти дополнительное обследование.

В тех случаях, когда причина почечной колики до конца не выяснена, стандартно назначают лечебный стол ОВД. Эта диета предназначена для улучшения функционирования сердечно-сосудистой системы, печени и почек, а также для нормализации обмена веществ. Лечебный стол ОВД подразумевает некоторое снижение энергетической ценности рациона за счет уменьшения потребления жиров и углеводов.

Значительно ограничивается количество хлорида натрия (пищу готовят без соли). Исключают тяжелую, трудноперевариваемую пищу (мясо и рыба подаются в отварном виде), а также продукты, раздражающе действующие на печень и почки, способствующие метеоризму, возбуждающие нервную систему, такие как: свежий хлеб, изделия из сдобного и слоеного теста, блины, оладьи, пирожные; супы из бобовых, мясные, рыбные, грибные бульоны; соусы на мясном, рыбном, грибном отваре; жирные сорта мяса, гусь, утка, печень, почки, мозги; копчёности, колбасные изделия, мясные консервы; жирная, солёная, копчёная рыба, икра, рыбные консервы; мясные и кулинарные жиры; солёные и жирные сыры; яйца вкрутую и жареные; солёные, маринованные, квашеные овощи; бобовые, шпинат, щавель, редька, редис, грибы; острые, жирные и солёные закуски; чеснок, репчатый лук, горчица, перец, хрен; шоколад, натуральный кофе, какао; плоды с грубой клетчаткой.

#### **Лечебное питание, как профилактика приступов почечной колики при мочекаменной болезни**

Статистически установлено, что риск повторных приступов при установленном диагнозе мочекаменной болезни составляет около 80%. Даже оперативное удаление камней не может гарантировать выздоровления, поскольку причина заболевания – склонность к образованию конкрементов в верхних мочевыводящих путях вследствие нарушенного обмена веществ – не ликвидируется.

Поэтому лучшая профилактика новых приступов – выяснение причины камнеобразования и лечение. При этом следует помнить, что воспалительные процессы способствуют образованию конкрементов, так что такие заболевания, как пиелонефрит, необходимо лечить своевременно. Кроме того, значительное влияние на образование камней оказывает водный режим, поэтому количество выпиваемой жидкости при отсутствии противопоказаний следует увеличить до 3-3,5 литров и более.

Риск камнеобразования значительно снижается при употреблении так называемых пищевых волокон (ПВ) – веществ растительного происхождения,

не подвергающихся воздействию пищеварительных соков, и не всасывающихся. Необходимое для организма количество ПВ можно компенсировать ежедневным употреблением хлеба из непросеянной муки 100 г, свеклы -30 г, моркови — 70 г, картофеля — 200 г, яблок или груш — 100 г.

При мочекаменной болезни правильно подобранная диета является одним из лучших средств профилактики почечной колики.

Однако состав камней должен быть подтвержден лабораторно, поскольку неправильное питание может принести значительный ущерб.